

健康保険 海外療養費(歯科)支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者等
記号・番号

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の
氏名・生年月日

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名(歯科治療)

1. 虫歯(充填処置 インレー クラウン 義歯 経過観察中 その他)
2. 歯周病(歯肉炎 歯周炎)
3. その他(症状:)

3 発病または負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

※ケガの場合は負傷原因届をご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の
名称・所在地・医師等氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

_____ ()通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

 診察 検査 処置 投薬 その他(※具体的に)

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)
- ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)
- ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)

(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。

- 海外勤務(同行家族を含む)
- 旅行
- 留学
- その他 []

※組合記入欄

疾病コード

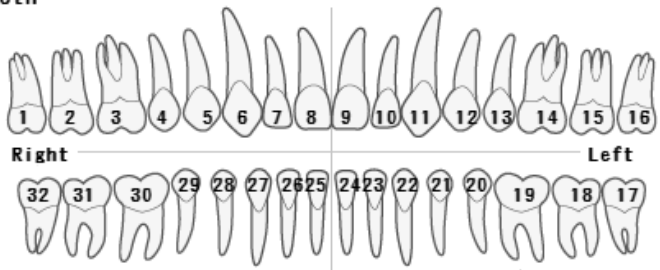

支給決定額

Form C

(様式 C)

1. This form is used for claiming the social insurance benefit. (この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。)
2. This form should be completed and signed by the attending physician. (この様式は、担当医が書き、かつ署名して下さい。)
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient and home visit. (各月、入院・入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。)

Attending Dentist's Statement
(歯科診療内容明細書)

Name of Patient 患者名			Date of Birth 生年月日			Sex 性別			<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日			Days of Services 診療日数 _____ days							
Permanent tooth 						Primary Tooth 				
Date (日付)			Tooth No. Or Letter (歯式)	Description of Service	治療内容(翻訳文)					
MO.	DA.	YR.								

Name and Address of Dental Office (歯科医師の氏名及び病院住所)

Name : Last(姓) _____ First(名) _____

Address : _____ ☎

Date : _____ Signature(署名) _____

氏名 _____
 翻訳者の
 住所 _____

Form D

(様式D)

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
(この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。)
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
(この様式は、担当医が書き、かつ署名して下さい。)
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient and home visit.
(各月毎、入院・入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。)

Itemized Receipt(DENTAL)/領収明細書(歯科)

Name of Patient 患者名				Date of Services 診療日																																																															
Permanent Teeth				Primary Teeth																																																															
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">R</td> <td style="border: none;">1</td><td style="border: none;">2</td><td style="border: none;">3</td><td style="border: none;">4</td><td style="border: none;">5</td><td style="border: none;">6</td><td style="border: none;">7</td><td style="border: none;">8</td> <td style="border: none;">9</td><td style="border: none;">10</td><td style="border: none;">11</td><td style="border: none;">12</td><td style="border: none;">13</td><td style="border: none;">14</td><td style="border: none;">15</td><td style="border: none;">16</td> <td style="border: none;">L</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">R</td> <td style="border: none;">32</td><td style="border: none;">31</td><td style="border: none;">30</td><td style="border: none;">29</td><td style="border: none;">28</td><td style="border: none;">27</td><td style="border: none;">26</td><td style="border: none;">25</td> <td style="border: none;">24</td><td style="border: none;">23</td><td style="border: none;">22</td><td style="border: none;">21</td><td style="border: none;">20</td><td style="border: none;">19</td><td style="border: none;">18</td><td style="border: none;">17</td> <td style="border: none;">L</td> </tr> </table>				R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L	R	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	L	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">R</td> <td style="border: none;">A</td><td style="border: none;">B</td><td style="border: none;">C</td><td style="border: none;">D</td><td style="border: none;">E</td> <td style="border: none;">F</td><td style="border: none;">G</td><td style="border: none;">H</td><td style="border: none;">I</td><td style="border: none;">J</td> <td style="border: none;">L</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">R</td> <td style="border: none;">T</td><td style="border: none;">S</td><td style="border: none;">R</td><td style="border: none;">Q</td><td style="border: none;">P</td> <td style="border: none;">O</td><td style="border: none;">N</td><td style="border: none;">M</td><td style="border: none;">L</td><td style="border: none;">K</td> <td style="border: none;">L</td> </tr> </table>				R	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	R	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	L
R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	L																																																		
R	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	L																																																		
R	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L																																																								
R	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	L																																																								
Services (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)	Services (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)																																																														
1. Examination 診察			Comp. 複合レジン 1.Serf																																																																
2. X-ray レントゲン Bite-wings 咬翼型 ×			2.Serf																																																																
Periapical 標準型 ×			3.Serf																																																																
Panoramic パノラマ ×			Other Material 素材 _____																																																																
3. Medication			9. Inlay/Onlay インレー・アンレー (Material・素材) _____																																																																
4. Prophylaxies/Scaling 歯垢←歯石除去			10. Amal./Comp.Buid-up 支台築造																																																																
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア																																																																
5. Extraction 抜歯			Other (Material・素材) _____																																																																
6. Perio-dontal Scaling/Root planning 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown 冠 Porcelain/Gold ポーセレン・金																																																																
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			Silver Alloy 銀合金																																																																
7. Pulp Cap 歯髄覆罩			Other (Materia・素材) _____																																																																
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			12. Bridge Work ブリッジ Abut 支台歯 Material _____																																																																
Root Canel Therapy 根幹治療 1canal			Pontic ダミー Material _____																																																																
2canal			13. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Material _____																																																																
3canal			Complete Denture 総義歯 Material _____																																																																
8. Filling 充填			14. Certificate 証明書																																																																
Amal. アマルガム 1.Serf			15. Other _____																																																																
2.Serf			_____																																																																
3.Serf			Total(合計)																																																																

Currency Unit 通貨単位 _____

Date : _____

Signature of Dentist (署名) : _____